

健保記入欄	常務理事	事務長	係員	係員	支給額	受付整理No.	
					記入不要	資格取得日	資格喪失日
						或 年 月 日	平成 年 月 日
					施術回数	本人負担割合	決済年月日
				回目	割	平成 年 月 日	平成 年 月 日



被保険者 健康保険療養費支給申請書 【あんま・マッサージ】（平成〇〇年〇〇月分）
 家 族

被保険者(本人)が記入するところ	健康保険証の記号・番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9		会社名	㈱ニチレイ 〇〇事業所							
	被保険者氏名	(フリガナ) ニチレイ タロウ 日冷 太郎		勤務先電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
	受診者氏名 (受診者が被扶養者の場合)	(フリガナ) ニチレイ タロウ 日冷 太郎		生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄					
	傷病名	筋肉低下		生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日						
発病(負傷)の原因および経過	記入例			発病(負傷)年月日	平成 年 月 日		業務上・外、第三者行為によるものですか? はい ・ いいえ					
被保険者名義振込先口座 (在職者は給与口座に振込みますので記入不要です)	銀行	支店	普通当座	口座番号	口座名義							
確認欄	<input type="checkbox"/> 償還払い(立替払い)での精算になります。一旦、全額を施術機関等にお支払いください。 <input type="checkbox"/> 歴月ごと、受診者ごとに1枚、この申請書にご記入のうえ、施術師の証明を受けてください。 <input type="checkbox"/> 初めてかかった際の請求には、「医師の同意書」(原本)の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 施術を受ける毎に発行される領収書(原本)を全て添付してください。											
	申請者署名欄	ニチレイ健康保険組合理事長 殿口										
		上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。										
		平成〇〇年〇〇月〇〇日	〒 123-4567		住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1-2-3							
	氏名 日冷 太郎	☎ 連絡先(携帯)Tel 03 - 1234 - 5678										
あんま師・マッサージ師が記入するところ	初療年月日	今回施術期間			実日数	請求区分	転帰					
	平成 年 月 日	平成 年 月 日~平成 年 月 日			日	新規・継続	継続・治癒・中止					
	傷病名または症状											
	初 検 料			摘 要								
	1はり・2きゅう・3はりきゅう併用			円								
	施術料	マッサージ	躯幹	あんま師・マッサージ師 記入欄		円						
			右上肢			円						
			左上肢			円						
			右下肢			円						
			左下肢			円						
変形徒手矯正術		円× 回=	円									
温電法		円× 回=	円									
温電法・電気光線器具		円× 回=	円									
※「摘要欄」に要理由記載の事		往療料 2kmまで	円× 回=	円								
		加算 (km)	円× 回=	円								
費用額計				円								
施術日: 通院○・往診◎		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										
同意記録	同意医師の氏名	住所			同意年月日	傷病名	要加療期間					
					平成 年 月 日							
施術証明欄	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。											
	平成 年 月 日											
	免許登録番号	住所		氏名			☎					
	あんま・マッサージ・指圧師		連絡先									